

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT) *

PAR

Antoine-Marie MÉNAGER

Né le 10 octobre 1908, à Nantes (Loire-Inférieure)
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

ESSAI SUR LA TOLÉRANCE
DE L'INTESTIN

POUR LES

CORPS ÉTRANGERS DANGEREUX

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1933

126

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Antoine-Marie MÉNAGER

Né le 10 octobre 1908, à Nantes (Loire-Inférieure)
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

ESSAI SUR LA TOLÉRANCE
DE L'INTESTIN

POUR LES

CORPS ÉTRANGERS DANGEREUX

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE, HOVELACQUE.
	MULON et VERNÉ.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
BUSQUET . . Pharmacologie.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT . . Physiologie.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
DOGNON . . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
ECALLE . . . Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GIROUD . . . Histologie.
HALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HAZARD . . . Pharmacologie.
HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LAROCHÉ (Guy) Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
LIAN. Pathologie médicale.
MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING . . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . Physiologie.
SANNIÉ . . . Chimie biologique.
SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIÈRE. . . Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT. Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
REPTERER. . Histologie.
ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur JOSEPH MÉNAGER

(1878-1911)

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES

LES INTERNES DES HOPITAUX DE NANTES

A Monsieur le Professeur CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A Monsieur le Docteur CHARLES MIRALLIÉ

Chef de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Nantes

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a donné l'aide la plus
précieuse pour sa rédaction,*

A LA MÉMOIRE

de M. le Professeur AMÉDÉE MONNIER

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
le préparateur.
Témoignage d'affection et de respect.*

A TOUS NOS MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A NOS MAÎTRES DES HOPITAUX

Messieurs les Professeurs SÉBILLEAU, HENRI LERAT,
MIRALLIÉ (*in memoriam*)

Monsieur le Docteur LÉON SOURDILLE

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'élève.*

Messieurs les Docteurs CASTAGNARY, TEXIER

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe.*

Madame le Docteur POUZIN-MALEGUE

Messieurs les Docteurs THIBAUT, PICARD,
PASQUEREAU, FERNAND LERAT

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne,*

INTRODUCTION

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer avec le D^r CHARLES MIRALLIÉ, un homme qui, dans une intention de suicide, avait absorbé un grand nombre d'objets piquants ou tranchants et qui, contre son attente, les a rendus par les voies naturelles sans avoir jamais présenté d'accidents sérieux. Ce cas nous a porté à faire des recherches sur les faits analogues, qui ont pu être publiés antérieurement, et à faire de cette étude le sujet de notre thèse.

Nous laisserons de côté dans notre travail les corps étrangers nés de l'organisme : calculs biliaires et entérolithes, les corps étrangers introduits par le rectum, ou retenus dans l'estomac, et les objets arrondis tels que les billes, les noyaux de fruits dont le passage à travers l'intestin ne présente en général aucune difficulté.

Nous limitons donc notre étude aux cas où des corps étrangers irréguliers, durs, et en apparence très dangereux pour la muqueuse ont traversé le canal alimentaire sans accident. Nous citerons simplement les complications, qui ont été décrites déjà bien des fois et sur

lesquelles, croyons-nous, on a insisté plutôt trop que trop peu, car, si elles sont parfois sérieuses leur nombre est très faible par rapport à celui des corps étrangers qui ne provoquent pas de lésions graves.

Quand on apprend qu'un malade a avalé un objet dangereux, tel qu'une épingle, ou un morceau de verre, on aurait tendance à l'opérer immédiatement pour parer à toute complication. Notre but est de montrer la bénignité très fréquente des corps étrangers intestinaux et l'intérêt de l'expectative dans leur traitement.

De nombreux auteurs ont avant nous soutenu qu'il ne fallait opérer qu'en désespoir de cause, mais nous pensons qu'on ne saurait trop abonder dans leur sens et nous apportons des observations très démonstratives.

Nous diviserons cette étude en sept chapitres :

Le premier esquissera un historique de la question ;

Le second sera consacré à l'exposé des observations ;

Le troisième sera un essai de physiologie pathologique ;

Le quatrième étudiera les symptômes et le diagnostic ;

Le cinquième traitera de l'évolution et du pronostic ;

Le sixième passera en revue les différentes complications décrites jusqu'à ce jour ;

Le septième enfin définira la conduite à tenir que nous préconisons.

En terminant cette introduction, nous tenons à exprimer notre vive gratitude au D^r CHARLES MIRALLIÉ, chef

de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Nantes, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fourni notre principale observation. Nous le remercions aussi d'avoir bien voulu nous guider de ses conseils dans la rédaction de ce modeste travail.

Nous exprimons également nos remerciements au Dr BRÉTESCHÉ qui nous a transmis une observation inédite.

CHAPITRE I^{er}

HISTORIQUE

Comme toute histoire, l'histoire des corps étrangers de l'intestin commence par des légendes : les vieux auteurs rapportent des faits qui font plus d'honneur à leur imagination qu'à leur sens critique : nous n'en voulons pour preuve que ces récits d'animaux déglutis et restitués vivants ou non qu'on trouve dans les anciens traités, telle l'observation fameuse de la « Chauve-souris » de Heymann ou cette anguille dont parle Tott qui, avalée par un paysan, aurait vécu six années dans son intestin pour être expulsée toujours vivante.

De tous temps aussi ont été connus et observés des thaumaturges, fakirs, sorciers ou bateleurs qui faisaient métier d'avaler publiquement des objets dangereux, lames ou pointes métalliques, éclats de verre ou de poterie. Ces gens qui faisaient l'admiration des foules, ne se servaient que d'une propriété très naturelle de leur tube digestif : la tolérance presque indéfinie qu'il présente.

Le premier travail d'importance sur les corps étrangers du tube digestif qui ait une allure vraiment scientifique est le mémoire de Hévin, communiqué en 1743 à l'Académie de Chirurgie, et où l'auteur cite 70 cas terminés pour la plupart par une heureuse issue spontanée.

Depuis cette époque, de nombreuses communications furent faites aux Sociétés Savantes ou parurent dans les journaux médicaux. Diverses thèses furent consacrées au sujet, parmi lesquelles il faut citer celle de Dor (1835), celle de Pinte (1841), celle de Mignon (Paris, 1874).

En 1879, paraît le *Traité des corps étrangers en Chirurgie* de Poulet qui contient un grand nombre de cas analogues aux nôtres, et aussi quelques cas de complications.

Le *Traité de Chirurgie Clinique* de Tillaux (Paris, 1897) déclare possible l'issue par les voies naturelles des corps étrangers déglutis, mais insiste surtout sur les corps étrangers ayant traversé la paroi intestinale et déterminé des abcès pariétaux, éventualité qu'il considère comme favorable : l'incision de l'abcès permet d'extraire l'objet en cause et la cicatrisation est relativement rapide. Tillaux, partisan de la taille gastrique si le corps étranger est dans l'estomac, déconseille formellement toute intervention hâtive s'il est dans l'intestin.

En 1900, le *Journal de Médecine de Bordeaux* publie une observation de Demons et Médieux, concernant un corps étranger métallique qui a pu être suivi par la ra-

diographie. C'est, croyons-nous, le premier cas où ait été démontré l'intérêt de l'exploration par les rayons X.

En 1905, paraît la thèse de Trividic (Bordeaux) qui étudie les corps étrangers des voies digestives chez l'enfant. Il considère le pronostic comme très bon en général.

En 1906, M. Mauclaire présente à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, l'observation d'un corps étranger qui, après avoir traversé tout le tube digestif, fut arrêté dans le rectum et qu'on dut extraire artificiellement.

En 1907, l'article du Professeur Duval dans *La Pratique Médico-Chirurgicale Illustrée*, attribue aux corps étrangers de forme irrégulière un pronostic grave : « Celui des maladies qu'ils entraînent, occlusion intestinale, péritonite, généralisée ou enkystée ».

Guinard, en 1910, dans le *Nouveau Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, considère les objets piquants ou tranchants comme d'un pronostic très sombre. Toutefois, il rappelle deux cas anciens qu'il semble considérer comme exceptionnels et où l'expulsion par les voies naturelles eut lieu spontanément. Il conseille une prudente expectative, se réservant d'intervenir en désespoir de cause, si des complications apparaissent.

Patel, en 1911, publie une curieuse observation de corps étrangers multiples de l'estomac et de l'intestin chez un aliéné.

Les années suivantes ne voient pas paraître de travaux d'ensemble, mais des communications isolées parmi lesquelles nous citons celle de Léo (1914), de Riche-lot (1919), du Prof. Ombrédanne (1921).

En 1922, l'important mémoire de MM. Veau et Doubrère, paru dans les *Archives de Médecine des Enfants* réunit, à propos d'un cas récent, 32 observations de duodénotomie pour corps étrangers, définit les indications et fixe la technique de cette intervention. Mais, de l'avis même des auteurs de ce mémoire, les indications sont rares et précises.

Dans les années suivantes, citons la belle observation de Delore et Vachey (Lyon-1924), la thèse de Laigle (Lille-1928) qui, recueillant les travaux des années précédentes, réunit 22 cas d'objets dangereux ayant traversé l'intestin sans accident (il pourrait d'ailleurs, ajoute-il, en citer beaucoup d'autres). D'autre part, il signale seulement une dizaine de cas compliqués.

Depuis cette thèse, mise au point de la question en 1928, il faut signaler la thèse de Martin (Toulouse 1929) consacrée aux broches à bavoir avalées par des nourrissons. Il y a aussi de très nombreuses communications qu'il serait vain d'énumérer ici, puisque nous les citons dans notre Bibliographie, mais parmi lesquelles il faut retenir les importantes discussions des 27 mai et 3 juin 1931, à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, où la thèse « interventioniste » et la thèse « abstentioniste » furent soutenues. La plupart des membres de la Société paraissent pencher pour l'expectative aussi prolongée que possible.

Nous mentionnerons enfin l'article de M. Gueullette dans la *Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale* (Paris 1931) qui exprime l'opinion la plus courante au moment présent.

Voici ses conclusions sur les corps étrangers de forme irrégulière :

Ces corps, dit-il, « irréguliers, pointus, traumatisants, tels que pièces métalliques, vis, clous, épingles, fragments de verre, os avalés, sont capables de créer des désordres tels qu'ils méritent la plus grande attention. Si en effet beaucoup d'entre eux arrivent à s'évacuer spontanément, d'autres peuvent s'immobiliser en un point quelconque de l'intestin, y créer des érosions, des ulcérations muqueuses, voire même des perforations intestinales »... Deux éventualités peuvent se produire : ou bien on assiste au cheminement progressif du corps étranger que chaque examen (radiographique) montre dans une position nouvelle, on est alors en droit d'en escompter l'évacuation par les voies naturelles, ou bien au contraire le corps étranger s'arrête en une zone de coudure ou plus souvent encore à la valvule de Bauhin... L'expectative en pareil cas est un danger. Si donc après vérifications successives aux Rayons X, le corps étranger apparaît définitivement bloqué, un seul traitement est applicable, c'est l'entérotomie suivie de suture immédiate ».

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Obs. I. (Dr Ch. MIRALLIÉ).

C. François, 34 ans.

Il s'agit d'un détenu à la Prison de Nantes, qui nous est adressé à l'Hôtel-Dieu le 9 février 1933 par le Dr Desclaux, médecin-chef des Prisons, pour corps étrangers du tube digestif.

A l'interrogatoire auquel le malade répond de fort bonne grâce, nous apprenons l'ingestion d'un menu tellement extravagant que nous ne pensons pas d'abord devoir y donner crédit. Le voici, jour par jour.

Samedi 4 février : Deux paquets de 5 à 6 épingles ficelées ;

Dimanche 5 février : Rien d'anormal ;

Lundi 6 février : 2 paquets d'épingles, 1 dizaine de boutons, 3 pièces de monnaie, plusieurs morceaux de verre (vitre) ;

Mardi 7 février : Des épingles séparées, des aiguilles, des fragments de verre provenant d'une bouteille d'encre brisée, des morceaux de coquille St Jacques, une lame de grattoir de bureau, 15 à 20 allumettes soufrées ;

Mercredi 8 février : D'autres fragments de bouteille, plu-



Radio prise le 9 février 1933, à 18 heures, sujet debout

sieurs clous droits, un clou contourné en crochet, une clef de boîte à sardines,

Le dimanche, le lundi et le mardi, les selles avaient été normales.

Dès le mercredi 8 février, au réveil, le malade a émis une selle sanglante, expulsant déjà quelques morceaux de verre. A part cela, il n'avait ressenti aucun trouble, mais, le mercredi soir, il se plaint de douleurs extrêmement vives au creux épigastrique, avec spasmes et sensation d'étouffement le tout s'accompagnant de quelques « crachats » sanglants (probablement vomissements). Il se plaint également de l'anus et du rectum et est en proie à des envies très fréquentes d'aller à la selle, avec efforts très pénibles et infructueux.

La nuit de mercredi à jeudi fut très mauvaise. Chaque quart d'heure se répétaient des crises douloureuses, abdominales et ano-rectales, durant quelques secondes et siégeant surtout au niveau du rectum, du creux épigastrique et de la fosse iliaque droite.

Le jeudi 9 février, au matin, le malade se résout à faire appeler le médecin, en raison de l'intensité des crises douloureuses. Il est adressé à l'Hôtel-Dieu et entre à 17 heures à la salle d'observation.

A notre premier examen, le malade se plaint de l'intensité très violente de ses douleurs rectales. Le toucher est rendu absolument impossible par un spasme horriblement douloureux du sphincter. Le ventre est souple et respire bien. La palpation profonde pratiquée avec douceur réveille des douleurs au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite. On ne perçoit aucun corps étranger. Un examen radioscopique est décidé.

L'œsophage et l'estomac ne montrent rien d'anormal. Par contre, l'aspect de l'abdomen farci de métal est des plus curieux et il est fixé par deux clichés radiographiques pris en station debout, sans Potter-Bucky.



Radio prise le 11 février 1933, à 10 heures. sujet couché avec POTTER-BUCKY

Avec la confirmation graphique de la quinceaillerie contenue dans l'intestin du malade, et devant l'intensité croissante des phénomènes rectaux, nous décidons de tenter une rectoscopie sous anesthésie générale.

Dès la première bouffée de Schleich, le malade fait une syncope blanche avec 10 minutes d'apnée complète. Il est ranimé par la respiration artificielle, mais on doit renoncer à toute rectoscopie.

Nous prescrivons un centigramme de morphine, la diète hydrique et l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen. La nuit fut très mauvaise, les douleurs littéralement horribles, le malade eut plusieurs selles sanglantes avec expulsion de petits morceaux de verre.

Le 10 février, l'état du malade est le même et l'examen ne révèle rien de nouveau. Il est alimenté avec de la purée de pommes de terre contenant de la poudre de talc et avec des flocons de coton hydrophile enrobés dans de la confiture.

Le samedi 11 février, le malade a expulsé dans ses selles une partie de ses repas hétéroclites : un morceau de verre tout entouré de coton, 1 clou droit, la clef de boîte à sardines, des débris de coquille St Jacques, des paquets d'épingles, des épingles isolées, droites et en crochet, des boutons, un sou, un clou recourbé en crochet.

Les douleurs spontanées sont beaucoup moins violentes. A l'examen, le creux épigastrique est indolore. Par contre, les douleurs sont provoquées facilement à la palpation de la fosse iliaque droite et de l'hypocondre gauche (cæcum et angle splénique).

Même thérapeutique. Même régime alimentaire.

On fait à ce moment une radio avec Potter-Bucky sur le sujet couché (Dr Bianchi, chef du Service Radiologique de l'Hôtel-Dieu) puis deux radiographies sujet debout. Ces radiographies montrent nettement la progression des corps étrangers contenus dans l'intestin et dont la plupart semblent actuellement contenus dans le côlon.

Le 12 février, le malade expulse le grattoir de bureau, plusieurs aiguilles montées sur une baguette, un clou droit, de très longs morceaux de verre englobés dans le coton.

Son état général s'améliore. Les crises douloureuses se calment pour cesser bientôt complètement. A la palpation, l'hypocondre gauche et la fosse iliaque droite restent douloureux. Traitement: glace sur le ventre et même régime alimentaire.

Le 13 février, le coton est enfin expulsé sans débris de verre. Dans les selles, on trouve un dernier clou.

Une radiographie ne montre aucun corps étranger.

Le 14 février, le malade rend une selle sans corps étranger.

Il continuera à souffrir de son hypocondre gauche pendant une dizaine de jours.

Le 25 février, on pratique une œsophagoscopie (Dr Baron) qui montre des ulcérations superficielles de la muqueuse œsophagienne avec quelques fausses membranes.

Tout semblait terminé lorsque le 1^{er} mars, le malade fait une mastoïdite aiguë à streptocoque hémolytique. Opération d'urgence. Le 8, un érysipèle de la face et du cuir chevelu nécessite son admission dans le service des contagieux. Le 15, le malade revient guéri de ce service.

Actuellement, il ne présente plus aucun trouble digestif.

Obs. II. (communiquée par le Dr BRETESCHE)

« Il y a quelques mois, un homme d'environ 40 ans vint me consulter disant qu'il avait avalé depuis plusieurs jours une aiguille enfilée et que maintenant il éprouvait une sensation de piqure à l'anus.

Le toucher rectal me permit de constater la présence de l'aiguille fixée dans la muqueuse, au-dessus du sphincter. Il fut facile de la saisir avec une pince et de l'extraire. »

Obs. III (PERSONNELLE et INÉDITE)

Nous avons vu il y a quelques années une fillette qui avait avalé accidentellement une agrafe composée d'un petit bouton de cuivre de la grosseur d'une lentille et d'où partaient deux lames de laiton, longues de 2 cm. 1/2 terminées chacune par une pointe acérée et divergeant à angle droit. Un tel objet semblait très dangereux.

La petite malade fut mise au lit et alimentée pendant trois jours avec de la purée de pommes de terre. Au bout de ce temps, elle rendit, sans douleur et sans effort, l'agrafe toujours ouverte.

Obs. IV (cas signalé par M. ROUHIER, à la *Société Nationale de Chirurgie de Paris* le 27 mai 1931).

Nous citons textuellement :

« J'ai été appelé il y a quelque temps dans une maison de Santé de la région parisienne où on soigne les aliénés, près d'une jeune anxieuse de 25 ans, qui avait avalé dans une crise de folie suicidaire, une pince à épiler d'assez gros volume et plusieurs épingles de nourrice ouvertes, 5 si j'ai bonne mémoire.

La radiographie avait été faite : la pince à épiler était dans l'estomac ainsi qu'une épingle de nourrice. Deux autres paraissaient dans le duodénum, les autres étaient éparées dans l'intestin, sans localisation précise possible. Cette malade ne présentait aucun accident. Son ventre que j'ai palpé avec précautions, de crainte d'embrocher l'intestin sur les épingles, était parfaitement souple. La famille ne semblait pas très disposée à se rallier à une intervention chirurgicale. De mon côté, je ne pouvais guère espérer faire une intervention très satisfaisante car s'il m'était facile d'enlever les corps étrangers de l'estomac et même du duodénum, où aller chercher les autres dans la longueur du grêle ? Je me suis donc abstenu. J'ai mis cette malade au repos complet, autant que son état le permettait et au régime alimentaire

le plus capable d'enrober et d'entraîner ces corps étrangers. Elle a rendu successivement avec ses selles la pince à épiler et toutes les épingles sans avoir jamais présenté aucune espèce d'accident. »

Obs. V, VI, VII (communication de M. MONDOR à la *Société Nationale de Chirurgie de Paris* le 3 juin 1931).

M. Mondor rapporte trois cas personnels :

« Il s'agissait, dans le premier cas, d'une adulte qui avait avalé deux épingles de format ordinaire, dans les deux autres cas, de très jeunes enfants qui avaient avalé l'un une broche ouverte, l'autre une lame de petit couteau.

Les deux épingles parcoururent lentement le tube digestif : en 8 jours les examens radiologiques répétés montraient une progression qui les laissait toujours à la même distance l'une de l'autre, mais qui dans le gros intestin fut de la lenteur que j'ai dite.

Pour le nourrisson qui déglutit une broche ouverte, un premier examen radiographique avait montré le corps étranger dans l'estomac ; lorsque l'enfant fut conduit à la maison de Santé, un nouvel examen aux Rayons montra que le corps étranger avait cheminé. L'expectation triompha peu de temps après : en trois jours et demi, les panades aidant, la broche était retrouvée toujours ouverte.

Le troisième cas est très récent .. Il concerne un petit garçon de 2 ans et demi qui vint annoncer avec joie à son père qu'il avait pu facilement avaler une lame de couteau. Mon ami Brizard consulté fit lui-même la vérification radioscopique : la petite lame, longue de 6 cm, large de 7 à 8 mm, était bien dans le ventre. Appelé à donner mon avis et ayant pu obtenir de voir une lame semblable arrondie à son extrémité, et peu effilée, je conseillai d'attendre. La surveillance sous écran fut faite à plusieurs reprises par Brizard, la progression était régulière ; elle demanda 6 jours pour être complète. »

Il nous serait facile de citer de nombreuses observations analogues, mais nous croyons les faits récents que nous rapportons suffisamment démonstratifs.

CHAPITRE III

ESSAI DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Est-il possible d'expliquer par les données de la physiologie la tolérance paradoxale que présente l'intestin pour des corps étrangers traumatisants ?

De nombreux auteurs en ont fourni de diverses explications, parmi lesquelles il faut citer celles de Trividic et de Darcourt.

Trividic cite une expérience de Pavloff, que voici en résumé :

« Si dans l'estomac d'un chien porteur d'une fistule gastrique, on vient à introduire des objets non digestibles tels que des cailloux, on ne constate aucune sécrétion de suc gastrique, mais une abondante sécrétion de mucus qui recouvre les corps étrangers d'une couche épaisse ». Trividic conclut que les corps étrangers enrobés en quelque sorte de mucus, glissent plus facilement le long de l'intestin grâce à ce mucus qui émousse leurs pointes et leurs tranchants et les lubrifie pour ainsi dire.

Darcourt a remarqué d'autre part que les objets pointus descendaient en général la pointe en arrière (il cite même à ce sujet une observation où de gros clous furent vus à la radio cheminant la tête en avant et la pointe en arrière) et voici l'explication qu'il en donne :

« Si un objet présentant une pointe et une extrémité arrondie se présente au pyllore, par le côté opposé à la pointe, il passe sans difficulté. Si au contraire la pointe vient première, elle accroche la muqueuse, et le corps étranger pivote autour de ce point d'appui pour se présenter « tête première » dans la position optima d'engagement. Une fois qu'il est bien orienté, il continue à descendre de même ».

Nous supposons que ce mécanisme s'il ne s'est pas produit dans l'estomac, peut se produire dans l'intestin et nous pensons même pouvoir émettre l'hypothèse que ce processus heureux dans la plupart des cas, explique certaines perforations : si, en effet, un objet descendu pointe en bas accroche la muqueuse par sa pointe, et essaie de pivoter autour de cette pointe, n'est-il pas possible que sa tête vienne à rencontrer la paroi intestinale en un point opposé, la longueur du corps étranger étant supérieure au diamètre de l'intestin ? Dès lors, l'objet est « en travers », tête et pointe contre la muqueuse, et une contraction intestinale appuyant sur la tête, pourra amener la perforation.

Divers auteurs ont été frappés de la fréquence relative des complications duodénales et cæcales. Cela s'explique pour la plupart d'entre eux par la fixité de ces deux segments intestinaux. Si le corps étranger doit

s'arrêter, l'arrêt se produit dans la plupart des cas, au niveau de l'angle situé entre la deuxième et la troisième portion du duodénum, angle rigide parce que les deux segments d'intestin qui la forment sont accolés à la paroi. Inversement, les anses grêles sont le plus souvent indemnes à cause de leur extrême mobilité : Leur courbure se redresse et s'accommode au mieux à la forme du corps étranger qui les traverse. Nous avons remarqué chez le malade de notre observation I des douleurs correspondant à un arrêt des corps étrangers dans l'angle splénique du côlon. Le fait ne semble pas avoir été signalé antérieurement

Notons en passant que les observations les plus fréquentes de perforation, du moins de perforation immédiate, concernent des pointes fines : épingles, aiguilles, arêtes de poisson. Ceci semble assez naturel, chacun sait en effet que seule une pointe fine peut attaquer une surface molle, élastique, glissante et peu tendue comme l'est celle de l'intestin. Pourtant notre malade, qui avait avalé un grand nombre d'aiguilles, n'a pas présenté de perforation.

Nous étant reporté aux Traités de physiologie, nous pensons pouvoir ajouter d'autres explications à celles qui ont été fournies jusqu'à maintenant : Résistance de la paroi intestinale, — loi des mouvements de l'intestin — rôle du contenu intestinal.

La résistance de l'intestin est plus grande qu'on ne pourrait le penser. Sa paroi épaisse d'un millimètre à un millimètre et demi (Poirier) comporte deux tuniques musculaires. On sait qu'elle peut résister à des pressions

élevées : Il est possible d'insuffler l'intestin jusqu'à faire presque doubler son diamètre sans le rompre (Chaput et Lenoble) ; la paroi intestinale possède donc une certaine résistance et une certaine élasticité.

D'autre part, les lois qui président aux contractions de l'intestin semblent faites pour préserver la muqueuse des traumatismes venus du contenu intestinal. Nous citons le texte de Gley (*Traité de physiologie*) :

« Le mouvement péristaltique résulte de la contraction des tuniques transversale et longitudinale de l'intestin. Les fibres circulaires ou transversales se contractent en arrière des matières qu'elles chassent devant elles ; les fibres longitudinales raccourcissent la portion du canal dans laquelle les matières vont s'engager et l'amènent au devant d'elles... »

Dans l'intestin, cette progression est singulièrement facilitée par l'association au mouvement péristaltique en un point donné d'un phénomène d'inhibition dans le segment sous-jacent, celui-ci se relâche sous l'influence d'une excitation portant sur le point considéré, alors qu'au-dessus de ce point il y a renforcement de la contraction. C'est ce que Bayliss et Starling ont appelé la loi de l'intestin ».

Il est facile de comprendre que la paroi intestinale se présentant toujours détendue au-devant du corps étranger, et ne lui offrant aucune résistance, n'a aucune tendance à se laisser perforer, et au contraire, tend à se dérober devant lui.

Le contenu intestinal, d'autre part, joue certainement un rôle pour « noyer » le corps étranger. Si dans les pre-

miers segments intestinaux, ce contenu est liquide, il ne tarde pas à prendre une consistance de pâte molle qui semble très favorable à l'enrobage du corps étranger. C'est d'ailleurs pourquoi la meilleure thérapeutique médicale consiste à fournir au sujet des aliments qui donnent beaucoup de résidus.

En résumé, voici les causes qui nous paraissent expliquer avec le plus de vraisemblance la tolérance de l'intestin pour beaucoup de corps étrangers dangereux.

Rôle du mucus gastrique.

Tendance des objets munis d'une pointe à se présenter « tête première ».

Mobilité de l'intestin.

Résistance relativement considérable de la paroi intestinale.

« Loi de l'intestin » qui veut que le segment où doit pénétrer le corps étranger se présente toujours à l'état de laxité.

Rôle du contenu intestinal, qui enrobe le corps étranger.

Notre observation I met bien en valeur le rôle de la mobilité intestinale : Les passages douloureux correspondaient très nettement aux points fixes : Duodénum, cæcum, angle splénique et rectum.

L'enrobage du corps étranger par le contenu intestinal est également très net : Les morceaux de verre retrouvés au milieu du coton hydrophile en sont la preuve.

La résistance de la paroi de l'intestin semble avoir été très grande puisqu'aucune perforation ne s'est produite

en dépit des douleurs vives qui traduisaient certainement des lésions de la tunique muqueuse.

Par contre, nos radiographies ne semblent pas vérifier la théorie de Darcourt : Les objets pointus sont vus souvent « tête première » mais parfois aussi pointe en avant ou en position indifférente. Nous croyons donc que cette théorie explique beaucoup de faits mais pas tous, qu'elle exprime une possibilité, mais non une certitude.

CHAPITRE IV

SIGNES ET DIAGNOSTIC

L'évolution spontanée des corps étrangers de l'intestin ne se traduit le plus souvent par aucun signe subjectif, du moins tel est l'avis de la plupart des auteurs qui s'en sont occupé avant nous. Nous faisons remarquer toutefois que le malade de notre observation I éprouva des souffrances atroces. Ce cas n'est d'ailleurs pas unique, nous avons trouvé une observation dans la thèse de Trividie où un canif provoqua de vives douleurs le long du trajet du côlon.

Objectivement, l'examen ne donne pas grand chose, disent la plupart des auteurs. Les bruits de succussion signalés pour les corps étrangers gastriques n'ont jamais été retrouvés au niveau de l'intestin. Le palper de l'abdomen ne révèle presque jamais rien : il faudrait un corps étranger bien volumineux et une paroi bien complaisante pour que la perception nette d'un objet intra-abdominal puisse être réalisée. On a employé autrefois, dans certains cas, la palpation sous anesthé-

sie générale, avec plus ou moins de succès. Cette manœuvre, plutôt superflue, depuis que nous disposons de la radiographie, pourrait ne pas être sans danger selon la remarque de M. Rouhier (*loc. cit.*) qui dit avoir palpé l'abdomen de sa malade avec la plus grande prudence de peur d'embrocher l'intestin sur les épingles. Dans le cas de corps étranger intra-rectal, le toucher est d'un grand secours lorsqu'il est possible, comme ce fut le cas de notre observation II, mais il peut arriver qu'il soit totalement impossible, comme chez le malade de notre observation I, à cause du spasme du sphincter. La radiographie est indispensable. Dans la plupart des cas, les corps étrangers sont visibles à la radio. S'ils ne le sont pas directement, un repas opaque (bouillie barytée) pourrait permettre de les voir en clair sur fond noir, et, en tous cas, de discerner les modifications apportées à la forme normale de l'intestin (spasme).

Mais le gros argument clinique nécessaire et presque suffisant à lui seul, est la notion des commémoratifs. Si on sait de source sûre qu'il y a un objet dégluti et non encore rendu, le diagnostic est fait. D'où l'intérêt d'une enquête étiologique approfondie. On tâchera de se faire une idée du corps étranger en s'en procurant un semblable (ce que fit M. Mondor dans son cas de la lame de couteau que nous avons cité) ou en examinant l'ensemble dont l'objet en cause a fait partie (par exemple s'il s'agit d'un morceau de bouteille cassée) essayer de reconstituer la bouteille).

Il faudra aussi rechercher le corps étranger dans

toutes les selles émises depuis son ingestion : car seule la constatation de son rejet nous permettra d'affirmer la guérison.

Pratiquement, la question peut se présenter de différentes façons.

Dans une première série de faits, les commémoratifs sont très nets : C'est un adulte qui dit avoir avalé accidentellement un objet quelconque — un enfant qui sous les yeux de sa famille terrifiée a englouti quelque corps non digestible — un aliéné que ses gardiens ont vu faire des mouvements de déglutition pénibles ou qui déclare lui même avoir avalé différents objets. L'enquête étiologique devra tenir compte de la valeur des témoignages : on se défiera des enfants mythomanes et des hystériques simulateurs... M. Mondor n'a-t-il pas cité le cas d'une femme qui disait avoir avalé une épingle à cheveux que la radiographie montrait bien dans le ventre, mais que la malade avait en fait introduite dans sa vessie. Les faits relevés par les anciens auteurs et dont nous parlions plus haut, concernant la déglutition d'animaux vivants, doivent rentrer en grande partie dans les cas de simulation hystérique.

Le contrôle radiographique est nécessaire dans tous les cas. Il permettra aussi de découvrir la présence du corps étranger quand le malade le nie, alors qu'on a de fortes raisons de le soupçonner. Tel est le cas de certains enfants qui craignent d'être punis ou de certains aliénés qui veulent se suicider. Tel était le cas du malade de notre observation I qui a dissimulé le plus longtemps qu'il l'a pu ses bizarres tentatives de suicide.

Il est encore des malades qui, ignorant ou dissimulant leurs corps étrangers, consultent pour de vagues troubles intestinaux. L'esprit du médecin n'étant pas orienté vers le diagnostic de corps étranger, celui-ci restera ignoré, sauf si l'on a idée de faire une radio. Parfois aussi, après plusieurs jours de traitement, le malade lui-même découvrira le corps étranger dans ses selles.

Les corps étrangers de l'intestin peuvent aussi ne se révéler que par une grave complication, imposant une laparotomie d'urgence, chez un sujet qui ignore avoir un objet dangereux dans son abdomen. Dans ce cas, on pose un diagnostic de péritonite par perforation, d'appendicite, d'occlusion, d'ulcère du duodénum et... le corps étranger est une trouvaille opératoire. Tels les cas d'arêtes de poisson signalés par Armitage.

Supposant établi le fait de la déglutition d'un corps étranger, il faut savoir encore : 1° S'il est passé dans l'intestin ; 2° S'il en est ressorti. Les troubles afférents aux corps étrangers de l'œsophage et de l'estomac permettent assez souvent de dire si l'objet en question s'est arrêté dans l'un ou l'autre de ces organes. D'ailleurs, l'œsophagoscopie et surtout la radio fixent facilement sur ce point. Quant à l'autre, un examen méthodique des selles joint à la constatation d'un abdomen radiologiquement normal, pourra permettre de se faire une opinion.

En terminant ce chapitre, nous voulons faire remarquer de nouveau que les douleurs qui n'ont pas été signalées jusqu'à présent étaient vraiment ce qui dominait le tableau clinique chez le malade de notre première observation,

CHAPITRE V

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution normale, nous l'avons déjà dit, est l'issue du corps étranger par les voies naturelles. Mais cette traversée peut prendre plus ou moins de temps, soit qu'il y ait arrêt momentané, soit que simplement la progression soit lente, quoique continue.

Les extrêmes limites que nous avons pu relever sont 9 heures (dans une des observations de Trividic concernant un nourrisson) et 9 mois (observation de Combe-male, citée par Laigle et concernant une aliénée qui avait avalé des épingles à cheveux) ; tous les intermédiaires ont pu être observés : 15 heures, (Petit de la Villéon), 24 heures (Norton), 3 jours (Mondor), 8 jours (Jeanbrau), 72 jours (Bazy). L'arrêt momentané du corps étranger ne doit pas faire désespérer de la possibilité de son issue par les voies naturelles ; c'est ainsi que le cas de Frœlich et Dreyfous (1929) s'est terminé spontanément après un arrêt prolongé dans le duodénum. La rapidité du transit semble être fonction surtout de l'âge

du sujet : plus rapide chez le très jeune enfant, plus lente chez l'adulte.

La nature du corps étranger doit aussi excercer une influence, mais une influence difficile à préciser. Dans certains cas des épingles semblant devoir s'accrocher dans la muqueuse ont été rendues très rapidement alors que des objets lisses ont été retenus longtemps dans les voies digestives.

Chez notre malade de l'observation I, nous avons noté ce fait curieux que des morceaux de verre avalés après des épingles les avaient dépassé dans l'intestin et avaient été expulsés avant elles. Cela pourrait tenir à ce qu'ils se sont trouvés enrobés par le coton et n'avaient plus dès lors la possibilité d'accrocher la muqueuse.

En somme, il est impossible de prévoir ce que durera la traversée des voies digestives de tel ou tel sujet, par tel ou tel corps étranger. S'il est difficile de prévoir la durée du transit intestinal, on peut du moins essayer de faire le pronostic des complications. Voici, d'après nous, les éléments qui pourraient faire prévoir que le cas se compliquera :

La nature du corps étranger ;

Sa situation dans l'intestin ;

La notion d'arrêt prolongé.

La nature du corps étranger a, on le conçoit, une grande importance. Il est notoire, par exemple, qu'une épingle à ressort est plus dangereuse qu'une épingle à charnière (Veau).

D'après les cas publiés ces dernières années, on serait en droit de penser que les pointes fines sont plus dan-

gereuses que les objets coupants : nous n'avons pas trouvé une seule observation de perforation par morceau de verre ; par contre, les perforations par aiguilles et surtout par arêtes de poisson sont relativement fréquentes. Pour les arêtes, nous avons noté trois cas d'Armitage, un cas de Bacon et Corliss, un cas de Lonnecken. Il est bien entendu que nous ne parlons ici que des perforations immédiates, primitives.

Pour les perforations secondaires par ulcération, on ne peut tirer aucun élément de pronostic de la nature du corps étranger : un morceau d'osier, l'extrémité arrondie d'une épingle, ont pu créer de telles perforations. La seule condition nécessaire est qu'il y ait arrêt prolongé.

Mais ceci nous amène à nous demander ce que c'est qu'un arrêt prolongé. Cette notion semble varier considérablement avec les auteurs. D'aucuns opèrent si deux examens pratiqués à quelques heures d'intervalle montrent le corps étranger dans la même position. D'autres, comme M. Veau, pensent pouvoir attendre jusqu'à quatre jours, D'autres enfin ne veulent jamais désespérer de l'issue naturelle, comme Frølich et Dreyfous qui, dans un cas que nous avons cité, ont attendu jusqu'à 66 jours pour un corps étranger du duodénum et en ont été récompensés par l'évacuation spontanée.

Pour nous, nous pensons qu'en l'absence d'accident grave, un arrêt quelque peu prolongé ne doit pas faire désespérer de l'évacuation spontanée à moins que la radio ne montre une fixité absolue contrôlée par plusieurs clichés,

Un autre élément de pronostic est tiré de la position du corps étranger au moment de l'examen radioscopique : si le duodénum est passé, les plus grandes chances d'élimination par les voies naturelles sont acquises ; si la valvule de Bauhin est franchie, il ne peut plus y avoir presque aucune complication, ou du moins, tel est l'avis de la plupart des auteurs. Rappelons ici toutefois que nous avons observé nettement (obs. I) des douleurs traduisant un arrêt à l'angle splénique, et un arrêt dans le rectum, qui fut le plus alarmant de tous les symptômes présentés par notre malade.

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS

Quelles sont les complications qu'un corps étranger intestinal peut provoquer ?

Dans les cas d'objets pointus ou tranchants, qui nous occupent, la perforation est le plus fréquent et le plus grave des accidents observés. L'arrêt du corps étranger avec sténose consécutive a été décrit. L'occlusion intestinale aiguë n'appartient guère au sujet que nous traitons, car elle est plus le fait de corps volumineux et de consistance molle, tels que des tumeurs pileuses, que des objets de forme irrégulière et en général de petit volume qui nous intéressent. Toutefois des corps étrangers nombreux et agglutinés ont pu le produire, comme dans ce cas jadis cité par M. Quénu où un grand nombre de petits clous provoquèrent une véritable occlusion. Nous signalerons également des complications moins graves : les douleurs, les hémorragies, et l'arrêt dans le rectum.

Les perforations que nous étudierons d'abord peuvent

être divisées en immédiates et tardives : les unes dues en général à une pointe fine qui traverse la paroi intestinale sans y avoir été préalablement arrêtée pendant longtemps, et qui peuvent provoquer une péritonite généralisée, les autres dues à un arrêt prolongé du corps étranger qui détermine une ulcération, une gangrène, de la paroi intestinale, avec perforation généralement plus large, mais le plus souvent péritonite enkystée, à cause des adhérences protectrices qui se sont produites autour de l'intestin irrité.

Nous signalerons à part les corps étrangers migrants. Dans ces cas, en effet, il ne semble pas y avoir perforation véritable, mais une sorte de migration progressive du corps étranger à travers la paroi : on peut se figurer que l'intestin se laisse traverser et se referme immédiatement, sans laisser passer dans la cavité péritonéale, le liquide qu'il contient, d'où absence de péritonite. Telle est l'origine de ces corps étrangers migrants qui ne déterminent aucune lésion intestinale ni péritonéale mais sont retrouvés plus tard dans un abcès de la paroi abdominale ne communiquant plus avec l'intestin ni avec la séreuse. Les physiologistes ont d'ailleurs établi depuis longtemps qu'une ligature faite sur l'intestin pouvait quelque temps après être retrouvée dans sa lumière. Et on a cité des cas cliniques où une pince ou une compresse oubliées dans le péritoine avaient été retrouvées dans l'intestin ou évacuées spontanément par les voies naturelles. Il y a là un curieux procédé de défense spontanée de l'organisme.

Les perforations primitives ont été signalées surtout

au niveau du duodénum : observation de MM. Veau, Bergeret, du professeur Ombredanne. M. André Martin, le 27 mai 1931, a exposé à la Société Nationale de Chirurgie, un cas où intervenant pour une épingle immobilisée dans le duodénum, il avait trouvé la paroi duodénale perforée par la pointe de l'épingle. La suture immédiate prévint la péritonite.

Au niveau des anses grêles, de telles perforations semblent plus rares. Mentionnons les travaux d'Armitage (perforation par arêtes de poisson : 3 cas) Bacon et Corliss, Black, Langon. Dans ces cas, la péritonite généralisée est d'observation fréquente. Souvent même le corps étranger fut une trouvaille opératoire, le diagnostic étant « perforation intestinale d'origine inconnue » ; ces cas d'ailleurs sont rares.

Les perforations primitives du cæcum par corps étrangers semblent également assez rares : Laigle en cite un cas dans sa thèse.

Au niveau des côlons, nous n'avons pas trouvé de cas de perforation.

Les perforations tardives, larges, par ulcération, sont signalées surtout au niveau du duodénum. Nous en trouvons deux cas typiques dans la thèse de Laigle, où une tête d'épingle (fixée antérieurement par sa pointe) et un morceau d'osier ont traversé la paroi duodénale et provoqué une péritonite.

Au niveau du grêle, citons les observations de Delore et Vachey (*Lyon Médical* 1924) et de Young et Mukherji (*British Medical Journal*, novembre 1929). Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'un fragment d'os qui

provoqua une péritonite enkystée, avec adhérences épiploïques. L'intervention fut suivie de mort par péritonite généralisée.

L'autre cas est celui d'un morceau de canne, long de 5 pouces 1/2, qui, parvenu dans une anse grêle, la traversa et provoqua un abcès (péritonite enkystée) dont l'incision permit de retirer le corps étranger.

Quant aux perforations tardives du cæcum, Launay a signalé en 1919, à la Société Nationale de Chirurgie, l'observation d'un malade chez qui un clou de 7 centim. séjournant dans les voies digestives depuis 7 ans, a traversé la paroi du cæcum pour aller se nicher entre les deux feuillets du méso.

L'arrêt dans l'appendice avec ou sans perforation, semble relativement fréquent. Un cas très typique de perforation de l'appendice par une épingle vient d'être cité dans la *Revue Médicale du Centre*.

Nous avons relevé également deux cas très curieux de perforation intestinale tardive dans des anses herniées : le premier cité par Kerbouch dans la *Gazette Médicale de Nantes* du 15 juillet 1927, le second par Ackermann (*Zentralbl. für Chir.*, t. LVI, n° 41, 12 octobre 1929).

Les corps étrangers migrants sont connus depuis longtemps. Mentionnés par Hévin, puis plus tard par Tillaux, nous en citerons le cas de Goullioud (Société Nationale de Chirurgie, 28 novembre 1928) où une épingle à tête de verre, déglutie à l'âge de 17 ans, fut expulsée à 34 ans par une fistule iliaque droite, après avoir fait croire pendant 10 ans à une ostéomyélite de

l'os iliaque. Les faits les plus fréquents semblent être relatifs aux aiguilles dégluties qui peuvent être retrouvées dans les points les plus divers de l'organisme. Citons encore cet homme jadis observé par Planque, (*Laigle loco, cit.*) et qui, une première fois, avala un affloir expulsé 6 mois après par une fistule pariétale droite une seconde fois, avala un morceau de fer qu'il rendit par une fistule à l'hypocondre gauche et qui enfin ayant dégluti un canif, le vit ressortir par une fistule lombaire, le tout sans avoir jamais présenté le moindre trouble viscéral.

Les sténoses par corps étrangers, n'ont guère été signalées qu'au niveau du duodénum. L'arrêt se faisant le plus souvent à l'angle entre la deuxième et la troisième portion, la plupart des cas concerne des sténoses à type sous-vatérien, avec « vomissement duodénal » survenant plusieurs heures après les repas, très abondant et coloré en vert par la bile. Les selles sont tantôt décolorées « mastic » tantôt au contraire diarrhéiques, quand le flot biliaire a pu franchir la sténose. Les douleurs sont vives, déchirantes, tardives, survenant plusieurs heures après les repas.

Plus rares sont les corps étrangers arrêtés au-dessus de l'ampoule de Vater, et qui donnent un syndrome pylorique.

Mais il faut dire qu'un objet arrêté dans le duodénum peut très bien ne se traduire par aucun symptôme, comme ce fut le cas dans l'observation de Frœlich et Dreyfous que nous avons cités et où un corps étranger fut toléré dans le duodénum pendant 66 jours,

puis expulsé spontanément par les voies naturelles.

Les douleurs sont rares au cours de l'évolution des corps étrangers de l'intestin, du moins c'est ce que disent la plupart des auteurs. Néanmoins, elles peuvent être rencontrées comme ce fut le cas pour notre malade qui a souffert atrocement à l'épigastre, dans la fosse iliaque droite et à l'hypocondre gauche. Une des observations de Trividic mentionne également un cas où il y eut des douleurs vives le long du côlon. La douleur, sauf si elle est nettement localisée, est très persistante, ne semble pas être un signe de complications plus graves.

Les hémorragies sont excessivement rares : notre malade présenta des selles sanglantes, d'origine rectale, comme l'indiquait la présence de sang rouge et non altéré. Il nous semble probable que dans la plupart des cas, il doit y avoir des hémorragies microscopiques qu'on pourrait facilement vérifier en recherchant systématiquement les réactions chimiques de l'hémoglobine (réactions de Weber, de Meyer, etc...).

Nous n'avons pas trouvé d'observations citant un cas d'hémorragie grave par corps étranger.

L'arrêt dans le rectum est considéré comme très rare par la plupart des auteurs.

Deux de nos observations (I et II) le signalent. Par ailleurs, nous avons recherché des faits analogues et trouvé deux cas dans la thèse de Trividic et une observation de M. Mauclairé présentée à la Société Nationale de Chirurgie en 1906. Cette complication est peu grave pour la plupart des auteurs, qui considèrent l'extrac-

tion par les voies naturelles comme toujours facile. C'est ce que nous avons constaté dans le cas de notre observation II; par contre, le malade de notre observation I a présenté un ténésme anal très douloureux et, chez lui, une tentative de rectoscopie sous anesthésie générale provoqua une syncope grave.

Telles sont les quelques complications dont nous avons pu trouver des traces dans la littérature médicale. Rappelons encore une fois qu'il s'agit là, pour presque tous les auteurs qui les ont citées, de faits exceptionnels ou du moins rares.

La conclusion de Laigle est que « beaucoup de corps étrangers même dangereux, traversent spontanément le tube digestif sans produire aucun trouble pathologique ». Nous le croyons encore un peu trop pessimiste, et sans aller jusqu'à dire avec A. Broca, que « les corps étrangers qui ont franchi le cardia n'ont plus d'histoire clinique », nous affirmerions volontiers, comme Waring, que « tout corps étranger capable de passer de l'œsophage dans l'estomac est capable de traverser tous les autres orifices du canal alimentaire » en faisant remarquer seulement que « est capable de traverser » ne signifie pas traverse nécessairement, mais plutôt traverse presque toujours.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Dans les cas où l'évolution est normale, c'est-à-dire où le corps étranger n'a pas tendance à s'arrêter, le traitement devra se borner à une expectative armée et à l'emploi de moyens médicaux simples.

Nous étudierons d'abord la thérapeutique médicale à employer dans tous les cas, ensuite la surveillance à exercer et les indications opératoires. Nous laisserons de côté la technique opératoire qui, en somme, n'intéresse que les complications.

Les traitements médicaux des corps étrangers de l'intestin ont varié avec les auteurs et avec les époques. Les anciens administraient volontiers des purgations répétées jusqu'à évacuation. Cette pratique est inutile et dangereuse : inutile parce qu'il importe peu que le corps étranger traverse plus ou moins vite l'intestin et que, s'il est arrêté complètement, une purgation n'a aucune chance de le décrocher, dangereuse parce que l'excitation du péristaltisme et le décapage de la mu-

queuse intestinale que réalise l'action d'un purgatif semble bien augmenter les chances de perforation.

D'autres administraient des mèches d'étoupe. Ce mode de traitement, désapprouvé par Guinard (*Nouveau Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet) a été repris par Van Nieuvenhuysen ou du moins il utilisa un procédé analogue chez un enfant de 15 mois qui avait avalé un clou et à qui il fit ingérer des flocons de coton hydrophile trempés dans du lait. Le clou fut rendu tout entouré de coton. Chez le malade de notre observation, le même traitement fut appliqué, et on put constater que tous les morceaux de verre qu'il avait avalés ont été retrouvés enrobés dans le coton. Par contre, tous les objets métalliques furent expulsés librement.

Mais le mode d'alimentation dont la plupart des auteurs modernes disent s'être bien trouvés, consiste dans l'emploi des féculents et, en général, d'aliments de consistance molle et donnant beaucoup de déchets pour augmenter le volume du contenu intestinal : purée de pommes de terres, bouillies, panades épaisses.

D'autres ont recommandé les aliments fournissant beaucoup de résidus fibreux : côtes de céleri, légumes verts, etc...

Si le mode d'alimentation du malade a une grande importance, il faut en accorder aussi au repos. Le repos au lit nous semble indiqué, en évitant toutes les causes de compression sur l'abdomen : corset, ceinture, etc... De même on évitera de palper sans précautions un abdomen qui contient un corps étranger dangereux.

D'autre part, pour le malade de notre première ob-

servation, la glace appliquée sur le ventre a semblé jouer un rôle utile comme calmant des douleurs et du péristaltique intestinal.

Enfin, dans un cas comme le nôtre, où les douleurs étaient très vives, il a été nécessaire de faire des injections de morphine.

Il ne faudrait pas s'imaginer que le rôle du médecin doive consister uniquement à appliquer un traitement médical qui, s'il suffit dans la plupart des cas ne peut pas toujours parer aux complications. Il faut prévoir ces complications et se tenir prêt à intervenir le cas échéant, en temps utile et pleine connaissance de cause.

On fera donc transporter le sujet si nécessaire pour le placer dans des conditions telles que la radiographie puisse être pratiquée tous les jours ou tous les deux jours, et que l'intervention, si elle devient utile, soit immédiatement réalisable. Seules ces deux conditions justifient l'expectative.

Nous ferons remarquer enfin que si on se trouve forcé à opérer il est nécessaire de disposer d'une instrumentation qui permette le contrôle radioscopique en cours d'intervention ; la preuve en est fournie par l'observation de M. Fredet (Société de Chirurgie, 27 mai 1931) qui n'a pas trouvé le corps étranger où il pensait, mais a dû faire une seconde entérotomie plus basse que la première. Dans le même ordre d'idées, mentionnons l'observation de M. Robert Monod (Société de Chirurgie même séance) qui, opérant sur la foi d'une radio faite 4 heures avant l'intervention, ne trouve rien et recon-

naît à la scopie que le corps étranger s'est déplacé spontanément.

Pour terminer cet exposé du traitement, nous ne pouvons mieux faire que de citer la phrase de M. Mondor. « En général, à condition d'être prêt à intervenir, dans les meilleures conditions de rapidité et de contrôle radiographique, l'attente est récompensée ».

CONCLUSIONS

I. — La tolérance de l'intestin pour les corps étrangers même dangereux, est considérable.

II. — Les signes cliniques des corps étrangers intestinaux sont peu nombreux. Signalons toutefois les douleurs que nous avons constatées dans un cas. Le diagnostic sera donc fondé sur les commémoratifs et les données de la radiographie.

III. — L'évolution se fait le plus souvent vers l'expulsion spontanée par les voies naturelles. Le pronostic est donc plus favorable qu'on ne serait tenté de le croire.

IV. — Le traitement médical, qui suffit dans la plupart des cas, doit consister à faciliter l'évolution par le repos, un régime approprié, et, si nécessaire, l'application de glace et l'emploi de la morphine. L'ingestion de coton hydrophile semble pouvoir être utile.

V. — Le traitement chirurgical, auquel on ne doit recourir qu'en désespoir de cause, sera indiqué si on constate à la radio une fixité très prolongée du corps étranger.

Vu, le Doyen, Vu, le Président de la thèse
BALTHAZARD CUNÉO

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY,

BIBLIOGRAPHIE

Les auteurs qui ont traité des corps étrangers de l'intestin étant très nombreux, nous ne citons que les principaux travaux. Nos recherches ont surtout porté sur les publications récentes.

ACKERMANN. — Un cas de perforation par corps étranger de l'intestin hernié (*Zentralbl. für Chir.*, t. LVI, n° 41, 12 octobre 1929).

ALTMANN. — Obstruction intestinale par corps étranger avec péritonite (*New-Orléans Medical and Surgical Journal*, 83-256, octobre 1930).

ARMITAGE. — Trois perforations de l'iléon par arêtes de poisson (*British Medical Journal*, I, 307, 25 février 1928).

BACON et CORLISS. — Perforation de l'intestin par une arête de poisson (*New England Medical Journal*, 29 janvier 1931).

BERGERET. — Corps étranger du duodénum chez un enfant de 8 mois. Ablation. Guérison (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1923).

BLACK. — Corps étranger perforant l'intestin grêle (*Brit. Med. Journ.*, II, 1198, 28 décembre 1929).

BROWN. — Corps étranger du côlon. Observation (*Radio-logy*, n° 9, août 1927).

CHIZZOLA. — Contribution à l'étude des corps étrangers du duodénum (*Archiv. di Radiol.*, Napoli 1926).

CRIGHTON. — Aventures d'un hameçon (*South African Medical Records*, n° 24, 25 décembre 1926).

DARCOURT. — Epingle de cravate de 7 cm. de long dans les voies digestives d'un enfant de cinq ans, évacuée sans accident (*Marseille Médical*, 5 mai 1925).

DELBET. — Corps étranger de l'intestin (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, t. LIV, n° 18, 2 juin 1928).

DUVAL. — Article « intestin » (corps étrangers) dans la *Pratique Médico-Chirurgicale illustrée*, édition 1907).

DOMINGO PRAT. — Obstruction intestinale par les corps étrangers (*El Dia Medico*, Buenos-Ayres, an V, n° 13, 24 octobre 1932).

DELORE et VACHEY. — Corps étrangers de l'intestin avec perforation et péritonite enkystée consécutives (*Lyon Médical*, 1924, p. 207-210).

EFTIMIE et ST-MARIN. — Des corps étrangers dans le cæcum (*Spitalul*, n° 3, mars 1932).

ESEVERRI GAINZA. — Corps étrangers intestinaux chez le nourrisson (*La Semana Medica*, Buenos-Ayres, an XXXVII, n° 18, 1^{er} mai 1930).

FISHER. — Arrêt des corps étrangers dans le duodénum (*Annals of Surgery*, Philadelphie 1919, pages 479-481).

FROELICH et DREYFOUS. — Corps étrangers de l'intestin ayant séjourné 66 jours dans le duodénum et expulsés par les voies naturelles (*Soc. de Médecine de Nancy*, 27 février 1929).

FURSTENAU. — Perforation intestinale par arête de poisson (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, an LV, n° 27, 5 juillet 1929).

GINZBURG et BELLER. — Signes cliniques de perforation intestinale par corps étrangers non métalliques (*Annals of Surgery*, décembre 1927).

GLEYS. — Traité de Physiologie, Paris 1919.

GRAHAM. — Corps étranger de l'intestin : fil de fer (*Brit. Med. Journ.*, n° 3496, 31 décembre 1927).

GOULLIoud. — (Présentation d'un corps étranger migrant) (*Bul. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 28 novembre 1928).

GUEULLETTE. — Article : « Intestin » (Corps étrangers) dans la nouvelle *P. M. C.*) Paris, 1931.

HAWKYARD et ARMITAGE. — Péritonite par perforation de l'intestin due à un corps étranger (*Brit. Med. Journ.*, n° 3655, 4 avril 1931).

HEVIN. — Académie de Chirurgie, 1743.

KERBOURCH. — Cas curieux de corps étranger intestinal (*Gazette Médicale de Nantes*, n° 14, 15 juillet 1927).

LAIGLE. — Contribution à l'étude des corps étrangers du tube digestif (*Thèse de Lille*, 1928).

LAUNAY. — Un clou de 7 cm. logé dans le cæcum (*Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1919).

LE CLERC. — Corps étrangers du tube digestif (*Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1920).

LE DENTU et DELBET. — Nouveau Traité de Chirurgie, Paris, 1910.

LANGON. — Péritonite par perforation de l'intestin produite par corps étranger (*Boletín de la Soc. de Cir. de Montevideo*, 1931).

LANOS. — Un cas de corps étranger dégluti par un enfant de 10 mois (*Société des Chirurgiens de Paris*, 20 décembre 1929).

LÜDEKE. — L'ingestion de débris de verre est-elle nuisible à la santé (*München Medizinische Wochenschrift*, an LXXVII, n° 12).

MACEWEN. — Perforation du cæcum par une épingle, mort de péritonite généralisée (*The Lancet*, Londres 1919).

MARTIN. — Contribution à l'étude des corps étrangers des voies digestives (broches à bavoir chez le nourrisson) (*Thèse de Toulouse*, 1929).

MAZZINI. — Corps étrangers de l'intestin (*Boletinos y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Ayres*, t. XVI, n° 27).

MEGRET. — Corps étrangers des voies digestives chez une enfant de 9 mois (*Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 18 décembre 1926).

MIGNON. — Contribution à l'histoire des corps étrangers des voies digestives (*Thèse de Paris*, 1874).

MILLER. — Corps étrangers dans le diverticule de Meckel (*Brit. Journ. of Surgery*, n° 14, avril 1927).

MONTANT. — Ablation d'une épingle de nourrice ouverte du duodénum d'un enfant de trois mois (Rapport de Mayet à la *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 20 décembre 1929).

MOUCHET. — Corps étrangers des voies digestives : curieuse migration d'une broche à bavoir chez un enfant de 18 mois (*Bullet. et Mém. de la Soc. Nation. de Chir. de Paris*, 1926).

MOCQUOT. — Rapport du 6 février 1929 sur les observations de Matry et de Guillemin sur deux cas de duodénoto-mie pour corps étranger (*Bullet. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 6 février 1929).

MYERSON. — Corps étrangers de l'estomac et de l'intestin (*Gazetta delli ospedali e delle Cliniche*, Milano, an IV, n° 43, 27 octobre 1929).

OLLONQVIST. — Une épingle à cheveux dans l'intestin d'un enfant (*Medicina Fennika*, Helsingfors 1931, vol. VI).

OTT. — Un cas rare de chirurgie abdominale : corps étrangers accumulés au-dessus d'une sténose cancéreuse (*Gazetta delli Ospedali e delle Cliniche*, Milano, an LII, n° 36, 6 septembre 1932).

OMBRÉDANNE. — Deux cas de taille duodénale pour extraction d'épingles de nourrice chez de très jeunes enfants (*Bullet. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1923).

OMBRÉDANNE. — Des épingles dans le tube digestif (*Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 1921).

POTTER. — Epingle enlevée de l'intestin d'une enfant (*Ohio State Medical Journal*, n° 23, novembre 1927).

POULET. — Traité des corps étrangers en chirurgie, Paris 1879.

QUENU. — Extraction d'un clou de l'intestin d'un nourris-

son (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 7 décembre 1927).

ST PIERRE. — Corps étrangers du tube digestif (*Union Médicale du Canada*, Montréal, 1914).

SPEESE et BOTHE. — Perforation de l'iléon par corps étranger. Formation d'abcès (*J Clin. North America*, octobre 1929).

TILLAUX. — Traité de Chirurgie Clinique, Paris, 1897.

VEAU et DOUBRÈRE. — Mémoire sur les corps étrangers du duodénum (*Arch. de Médec. des Enfants*, 1922).

WATSON. — Perforation de l'estomac et de l'intestin par corps étrangers déglutis (*Boston Medical Journal*, 1915).

YOUNG et MUKHERJI. — Morceau de canne de 5 pouces 1/2 de long dans l'intestin grêle (*Brit. Med. Journ.*, n° 3954, 23 novembre 1929).

ZORRAQUIN. — Duodénotomie pour corps étranger *Boletinos y Trabajos de Sociedad de Cirurgia de Buenos-Ayres*, t. XVI, n° 27).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	11
HISTORIQUE	15
OBSERVATIONS.	20
Essai de physiologie pathologique	29
Signes et diagnostic.	35
Evolution et pronostic	39
Complications	43
Traitement	50
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE.	57

1933. Saint-Amand (Cher) — Imprimerie A. CLERC
